

## Antrag auf Erteilung/Verlängerung der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung

Ersterstellung

Verlängerung

Geburtstag:	
Geburtsname:	
Familiename:	
Vorname:	

Geburtsort:	
Wohnort:	
Straße:	
Telefon:	

Ich beantrage die Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung für

- Taxen**       **Mietwagen**       **Krankenkraftwagen**       **PKW im Linienverkehr**  
 **PKW für gewerbsmäßige Ausflugsfahrten od. Ferientziel-Reisen**

### Anlagen:

- Kopie des Personalausweises  
 augenärztliches Gutachten  
 Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung gem. § 11 Abs. 9 FeV  
 Nachweis über Kurs „Erste Hilfe“ (bei Ersterstellung)  
 Gutachten eines Arbeits- oder Betriebsmediziners oder einer amtlich zugelassenen Begutachtungsstelle für Fahreignung gem. Anlage 5 Ziff.2 zur FeV (bei Ersterstellung bzw. Verlängerung, wenn der Antragsteller das 60. Lebensjahr vollendet hat)  
 Karteikartenabschrift der letzten Ausstellungsbehörde (wenn nicht Kreis Steinfurt, bei Erweiterung)  
 Führungszeugnis – nicht älter als 3 Monate  
 Gebührennachweis  
 Kopie der bisherigen Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung (bei Erweiterung)

**Vergessen Sie bitte nicht die Gesundheitsfragen auf der Rückseite zu beantworten!**

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers



## Angaben über den Gesundheitszustand:

Nach §22 Abs.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) hat die Fahrerlaubnisbehörde zu ermitteln, ob Bedenken an der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen bestehen. Sie werden deshalb gebeten, diese Fragen auszufüllen. Ihre Angaben sind jedoch freiwillig.

1. Fehlen Ihnen Gliedmaßen?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_
2. Sind Arme, Beine, Rumpf oder Wirbelsäule gelähmt oder versteift?  
Worin besteht die Behinderung? \_\_\_\_\_  
 Nein  Ja, \_\_\_\_\_
3. Leiden Sie an einer Zuckerkrankheit?  Nein  Ja  Tabletteneinnahme erforderlich  
 Injektionen erforderlich
4. Stehen Sie wegen eines anderen organischen Leidens ständig in ärztlicher Behandlung?  
(z.B. Herz, Nieren, Leber, etc.)  Nein  Ja, wegen \_\_\_\_\_
5. Haben Sie eine Hirnverletzung erlitten oder sich einer Hirnoperation unterziehen müssen?  Nein  Ja, wann? \_\_\_\_\_
6. Sind Sie wegen einer nervlichen oder geistigen Erkrankung behandelt worden?  Nein  Ja, wann / wo? \_\_\_\_\_
7. Leiden / litten Sie an epileptischen Anfällen?  Nein  Ja
8. Leiden / litten Sie an Ohnmachtsanfällen?  Nein  Ja
9. Leiden / litten Sie an Bewusstseinsstörungen?  Nein  Ja
10. Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder häufige Schwindelzustände?  Nein  Ja
11. Sind Sie schwerhörig oder gehörlos?  Nein  Ja
12. Tragen Sie ein Hörgerät?  Nein  Ja
13. Sind Sie oder waren Sie wegen einer Suchtkrankheit (Arzneimittel-, Alkohol-, Rauschgift-, genuss) in ärztlicher Behandlung oder haben Sie eine Entziehungskur gemacht?  Nein  Ja, welche Suchtkrankheit, wann / wo in Behandlung? \_\_\_\_\_

Sonstiges:

\_\_\_\_\_

- Ich möchte die Gesundheitsfragen nicht beantworten. Mir ist bekannt, dass das spätere Bekanntwerden von Eignungsmängeln fahrerlaubnisrechtliche Maßnahmen und erhebliche Kosten nach sich ziehen kann.  
Ich bin mir meiner Eigenverantwortlichkeit nach § 2 Abs.1 FeV bewusst.

Ich versichere, dass meine Angaben zu den vorstehenden Fragen der Wahrheit entsprechen. Mir ist bekannt, dass eine aufgrund falscher Angaben erteilte Fahrerlaubnis entzogen werden kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Behörde

\_\_\_\_\_  
Datum

## Antrag auf Erteilung / Verlängerung der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung

Urschriftlich mit allen Anlagen  
übersandt an den

**Kreis Steinfurt  
Straßenverkehrsamt  
36/2 Führerscheine  
Tecklenburger Str. 10**

**48565 Steinfurt**

Eingangsstempel Kreis Steinfurt

Die Personen-Daten wurden überprüft.  
Aus Sicht der Ortsbehörde bestehen keine Bedenken gegen die Erteilung einer  
Fahrerlaubnis.

im Auftrag